ITEM 337 : SYNCOPE-LIPOTHYMIE

- **Malaise :** indisposition, gêne, trouble ou mal-être décrit par le patient, ce n'est pas un terme médical mais un motif de recours aux soins
- **Perte de connaissance brève (PDCB)** : état réel ou apparent de perte de la conscience, avec amnésie de cette période, perte du contrôle de la motricité, perte de la réactivité, de courte durée
- 3 catégories principales de **PDCB non traumatiques** : syncope et lipothymie / crise d'épilepsie / psychogène
- **Syncope** = PDCB due à une hypoperfusion cérébrale de déclenchement rapide, de durée courte, et de récupération complète et spontanée. Arrêt brutal du flux de 6-8sec ou baisse PAS à 50-60 mmHg
- **Prodromes** : signes qui précèdent la syncope
- **Lipothymie** : symptômes limités aux prodromes (présyncope)

Diagnostic	Arguments diagnostiques majeurs		- **Brièveté** de la perte de connaissances (quelques secondes à 3 minutes) - **Etat de mort apparente** durant la PC : pâleur extrême, hypotonie globale, pouls imprenable - **Reprise immédiate, sur place, d'une conscience claire**
	Eléments possiblement associés		- **Chute traumatisante** (par chute du tonus postural) - **Perte d'urine** (relâchement du tonus sphinctérien si vessie pleine) : rare mais possible - **Morsure du bout de langue** (et non du bord latéral) due à la chute - **Myoclonie** par hypoxie neuronale transitoire : secousses cloniques limitées aux MS, débutant toujours après la perte de connaissance (> 30 secondes), brève (< 15 secondes)
	Critères de gravité		- ATCD familiaux de mort subite jeune - ATCD personnels graves : cardiopathie, IC, IDM, altération FEVG - Syncope à l'effort, ou précédée de palpitations, ou survenue en position couchée - Souffle systolique éjectionnel - Anomalie ECG ayant valeur diagnostique ou d'orientation - Symptôme grave associé : douleur thoracique ou abdominale, céphalées, dyspnée brutale, chute avec traumatisme grave ➔ Hospitalisation immédiate indispensable
Exploration	**ECG**	*Diagnostic*	- **Dysfonction sinusale** : **bradycardie sinusale < 40 bpm** ou **pauses > 3 secondes** - **Tachycardie ventriculaire** ou **supra-ventriculaire rapide (> 150)** - **Torsade de pointe** - **BAV complet** ou BAV**2-Mobitz II** ou **bloc alternant** (évocateur de bloc tri-fasciculaire) - Signes de défaillance d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur
		Orientation	- Vers une **dysfonction sinusale** : **bradycardie sinusale < 50 bpm** ou **pauses < 3 secondes** - Vers un **BAV paroxystique** : **bloc de branche complet** ou **bifasciculaire**, **BAV2-Mobitz I** - Vers une **tachycardie paroxystique** : **syndrome de Wolff-Parkinson-White** - Vers une **TV** : **ESV nombreuses ou en salve** - Vers une **torsade de pointe** : **allongement de l'intervalle QT** - Vers une **arythmie ventriculaire** : **syndrome de Brugada de type 1** - Vers une **séquelle de nécrose** : HVG, anomalies repolarisation, onde Q
	Bilan		- **Echocardiographie** quasi-systématique : thrombose de valve mécanique, cardiomyopathie hypertrophique obstructive, RA, EP, séquelle d'infarctus (trouble du rythme ou de conduction) - **Test d'effort** : en cas de suspicion de trouble du rythme à l'effort ou d'angor - **Holter-ECG** : sensible pour le diagnostic de dysfonction sinusale ou de BAV
	Etude électrophysiologique endocavitaire		= **Analyse de la conduction atrio-ventriculaire infra-nodale** et **tentative de déclenchement de TV** par méthode de **stimulation ventriculaire programmée (SVP)** ± **tests pharmacologiques** - En salle de cathétérisme, par voie veineuse fémorale, sous AL et sédation - Indication : syncope non élucidée par le Holter-ECG avec cardiopathie ou anomalie ECG ➔ Non-indiqué chez le patient sans cardiopathie échographique ni anomalie ECG : probabilité quasi-nulle de mise en évidence d'une anomalie
	Test d'inclinaison (Tilt-test)		= Déclenchement d'une **syncope vasovagale** (hypotension et/ou bradycarde) : décubitus pendant 5 minutes, puis inclinaison sur une table basculante avec un angle de 60 à 70° tête en haut pendant 20-45 minutes, sensibilisation par **isoprénaline** ou **trinitrine sublinguale** - Indication : en l'absence de cardiopathie, en cas de symptômes invalidants avec recours fréquent aux soins d'urgence, impact médico-légal (profession à risque) ou de syncope avec traumatisme - Inutile en cas de diagnostic évident de syncope réflexe, faible rendement chez le sujet âgé

<table>
<tr><td rowspan="11"></td><td>Recherche de syndrome du sinus carotidien</td><td colspan="3">= En position couchée puis debout, par massage ferme et unilatéral d'une carotide puis de l'autre, au bord antérieur du SCM, au niveau du cartilage cricoïde, pendant 5 à 10 secondes
- Indication : patient > 40 ans, après auscultation des carotides (risque d'AVC en cas de compression d'une carotide athéromateuse)
- Réponse positive : pause ventriculaire > 3 sec ou baisse PAS > 50 mmHg qui reproduit les symptômes</td></tr>
<tr><td>Holter-ECG implantable</td><td colspan="3">= Holter-ECG implantable (boîtier sous-cutané), dure 2 à 3 ans
- Indication en dernier recours (sur avis spécialisé) en cas de syncope inexpliquée</td></tr>
<tr><td rowspan="11">Hypotension artérielle</td><td>Hypotension avec tachycardie sinusale</td><td colspan="3">= Adaptation normale du baroréflexe
- Hypovolémie : déshydratation, hémorragie, alitement, insuffisance veineuse
- Hypotension artérielle iatrogène (sujet âgé ++) : surdosage en antihypertenseur ou psychotropes
- Hypotension artérielle orthostatique</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Hypotension avec bradycardie sinusale paradoxale</td><td colspan="3">- Contexte favorisant : nuit, période post-prandiale</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Syncope vasovagale</td><td colspan="2">= Les plus fréquentes (particulièrement chez le sujet jeune) et les plus bénignes : hypotension par vasodilatation réflexe et bradycardie sinusale
- Situationnelle : atmosphère confiné, chaleur, période postprandiale, émotion vive, douleur aiguë, station debout prolongée (mais parfois spontanée, sans contexte)
- Prodrome (lipothymie) : sensation de tête vide, sueurs, nausées, palpitations, vue brouilles (« voile noir »), éloignement des sons et acouphènes, jambes flageolantes
- Asthénie intense durant une ou plusieurs heures après la syncope, inconstante</td></tr>
<tr><td>PEC</td><td>- S'allonger au moindre prodrome, jambes surélevées, ne pas se lever</td></tr>
<tr><td>Syncope situationnelle</td><td colspan="2">- Syncope sinocarotidienne (hypersensibilité du sinus carotidien): généralement chez l'homme de plus de 60 ans, debout, au rasage ou rotation de la tête
- Syncope tussive (= ictus laryngé) : à l'acmé d'une quinte de toux
- Syncope mictionnelle : principalement nocturne chez l'homme âgé
- Autres : - Expiration à glotte fermée, défécation, rarement déglutition
- Au cours d'un examen (ponction…)…</td></tr>
<tr><td>Hypotension relative</td><td colspan="3">Syndrome de vol vasculaire sous-clavier :
- Syncope lors de mouvements répétés des membres supérieurs
- Différentiel de PA ou de pouls entre les 2 bras</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Hypotension orthostatique</td><td colspan="3">- Sémiologie identique à la syncope vasovagale : prodrome, chute possible
- A l'orthostatisme : dès les 1ères secondes/minutes, après station debout prolongée ou post-prandiale</td></tr>
<tr><td>Dg</td><td colspan="2">- PA couché-debout : ↘ de PAS ≥ 20 mmHg et/ou de PAD ≥ 10 mmHg après 1 à 3 minutes
- En cas de dysautonomie : absence d'accélération du pouls malgré la chute de PA
➙ Sous β-bloquant : absence d'accélération du pouls non interprétable</td></tr>
<tr><td>Cause</td><td colspan="2">- Médicament ++ : antihypertenseur, antiparkinsonien, tricyclique, neuroleptique, diurétiques…
- Hypovolémie : déshydratation, diarrhée, vomissements, hémorragie, insuffisance surrénalienne…
- Dysautonomie primaire : maladie de Parkinson, maladie à Corps de Lewy
- Dysautonomie secondaire : diabète, amylose, neuropathies paranéoplasiques</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- Conseils posturaux : éviter la station debout prolongée, lever progressif en plusieurs temps
- Bas de contention
- Midodrine (Gutron®) = α-mimétique : en cas d'échec des mesures non médicamenteuses, contre-indiqué en cas d'antécédents coronariens
- Fludrocortisone : en 2nd intention si contre-indication à la midodrine</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">Syncope d'origine cardiaque</td><td colspan="3">- Syncope d'Adams-Stoke (« à l'emporte-pièce ») : début et fin brutale, sans prodrome, souvent traumatisante
- Syncope à l'effort et/ou précédée par une dyspnée, une douleur thoracique ou des palpitations</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Trouble de conduction ou du rythme</td><td>Bloc auriculo-ventriculaire</td><td>= Surtout chez le sujet âgé
- Généralement BAV 3, surtout infra-hissien, plus rarement BAV 2 Möbitz I ou II</td></tr>
<tr><td>Dysfonction sinusale</td><td>= Habituellement lipothymie plus que syncope, préférentiellement > 70 ans
- Syncope si pause sinusale > 6 secondes chez le jeune, parfois moins chez sujet âgé</td></tr>
<tr><td>Tachycardie</td><td>- Tachycardie supra-ventriculaire (FA, flutter) : rarement syncopaux, principalement par trouble conductif auriculaire ou sinusal lors de la réduction spontanée
- Tachycardie ventriculaire : sur séquelle d'infarctus, lors d'un SCA, sur cardiomyopathie dilatée ou hypertrophique ou sur dysplasie arythmogène du VD
- Torsade de pointe (en cas d'allongement de l'intervalle QT) : sur bradycardie, antiarythmique, hypokaliémie, hypercalcémie ou syndrome du QT long congénital
➔ La FV n'est pas une cause de syncope : non réversible spontanément = ACR</td></tr>
<tr><td>Pacemaker</td><td>= Défaillance par déplacement ou rupture de sonde, ou fin de vie de la batterie</td></tr>
<tr><td></td><td>Obstacle à l'éjection/au remplissage</td><td colspan="2">- Embolie pulmonaire massive
- Tamponnade
- Syncope d'effort : - Rétrécissement aortique serré
- Cardiomyopathie hypertrophique obstructive
- Syncope au changement de position : myxome/thrombus de l'oreillette gauche
- Cause rare : thrombose de valve mécanique, HTAP sévère, dissection aortique</td></tr>
</table>